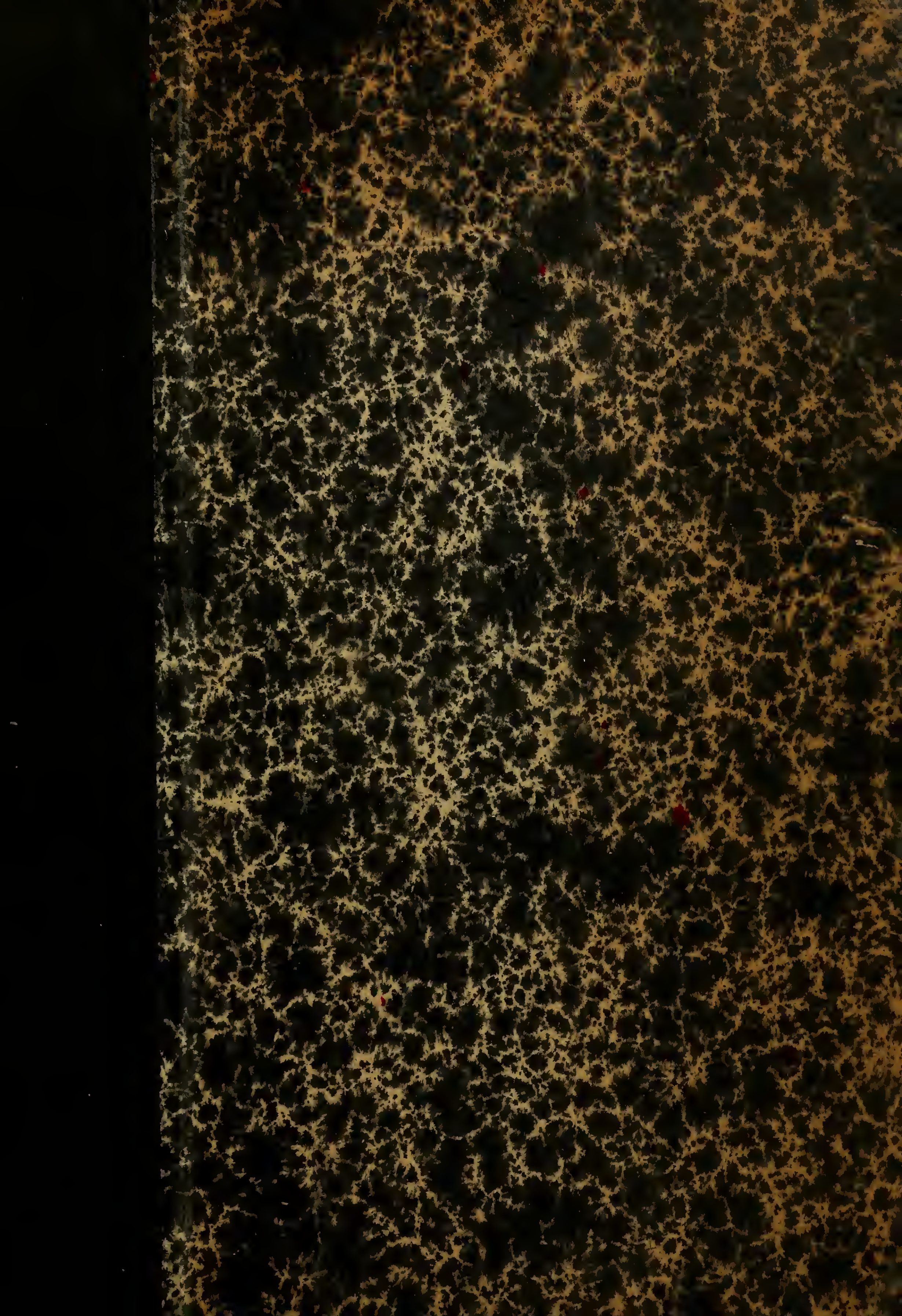


ATLAS

DE

CYSTOSCOPIE

PAR

LE DR EMILE BURCKHARDT

PRIVAT-DOCENT DE CHIRURGIE ET ANCIEN CHEF DE CLINIQUE
DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'UNIVERSITÉ DE BÂLE.

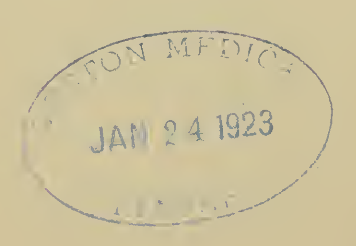
PRÉFACE DU PROFESSEUR A. SOCIN.

AVEC 24 PLANCHES EN COULEURS.

PARIS
LIBRAIRIE
J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

BÂLE
BENNO SCHWABE
LIBRAIRE-ÉDITEUR

1893.



IMPRIMERIE SCHWEIGHAUSER À BÂLE.

PRÉFACE.

Mon très estimé collègue et ami, Mr. le docteur Burckhardt me prie d'introduire auprès du public médical français la traduction de son «ATLAS DE CYSTOSCOPIE». Je le fais d'autant plus volontiers que cet ouvrage me paraît remplir une lacune qui n'a pas encore été comblée par un auteur national. L'importance de la cystoscopie dans le diagnostic des maladies des organes génito-urinaires n'est plus discutable, et si ce genre d'exploration est encore peu répandu et n'est pas encore apprécié à sa juste valeur, la faute en est à l'idée exagérée que, a priori, on est tenté de se faire sur les difficultés de l'examen électroscopique. Je suis cependant loin de prétendre que ce mode d'exploration dispense d'un apprentissage laborieux et surtout qu'il soit absolument inoffensif entre des mains inexpérimentées. Toutefois il suffit d'un peu d'habitude, acquise sous la direction d'un bon maître, pour se familiariser avec les détails techniques nécessaires. Mais s'il est déjà peu facile de bien voir sans une direction immédiate, il est encore beaucoup plus difficile de comprendre ce que l'on voit. Mr. Burckhardt a voulu remédier jusqu'à un certain point à ce dernier inconvénient, en publiant sous la forme d'un recueil iconographique les résultats de ses longues et laborieuses études. Il s'est appliqué à ne donner qu'une collection de cas typiques, à ne représenter que ce que l'on voit facilement, à ne pas charger ses dessins de trop de détails qui auraient pu nuire à la clarté de l'image. C'est donc en premier lieu au débutant que l'Atlas s'adresse; il conduira ses premiers pas et lui facilitera l'inter-

prétation de ses premiers examens. Il lui prouvera avant tout que l'exploration cystoscopique rend le diagnostic clair et net dans les cas les plus obscurs. Elle décide du siège du mal, fait découvrir des calculs qui s'étaient soustraits à tout autre moyen d'investigation, indique la situation exacte, la forme, la direction des corps étrangers, règle d'avance et précise le mode d'intervention. Mais c'est surtout dans les cas de néoplasme que l'examen au cystoscope devient un aide indispensable pour assurer *de visu* le diagnostic d'une affection vésicale à peine soupçonnée ou, au contraire, pour constater l'intégrité absolue de la vessie et conclure, par exclusion, que c'est dans l'un des reins que siège l'origine des symptômes offerts par le malade.

L'édition allemande de l'Atlas a paru il y a deux ans et a été fort bien accueillie. Aussi Mr. Burckhardt n'a-t-il pas jugé nécessaire d'y apporter de changement. Son ami, le docteur Jaquet s'est chargé très obligeamment de la traduction du texte. J'ajoute que cette œuvre est tout à fait personnelle à l'auteur, qui veut bien toujours encore se dire mon élève. Pour ma part je n'ai fait qu'en suivre le développement avec grand intérêt. C'est pourquoi il m'est permis de la recommander à la bienveillance de mes confrères français.

Bâle, Février 1893.

A. SOCIN,

membre associé de la Société de
chirurgie de Paris.

AVANT-PROPOS.

Lorsqu'en 1888 je publiai mon traité «d'Endoscopie et de thérapeutique endoscopique des maladies de l'urèthre et de la vessie», je pensais déjà faire suivre la publication de cet ouvrage par celle d'un Atlas de cystoscopie proprement dit. A cette époque, cette entreprise aurait évidemment présenté certaines lacunes provenant de mon peu d'expérience personnelle dans le domaine de l'électrocystoscopie. Mais depuis deux ans j'ai pu rassembler des matériaux considérables, et je n'hésite plus aujourd'hui à réunir mes observations en un atlas. Monsieur le professeur *Socin* a eu l'obligeance de mettre à ma disposition un certain nombre de cas intéressants au point de vue cystoscopique, provenant de la clinique chirurgicale de Bâle; ces cas et surtout les matériaux considérables provenant de la clinique chirurgicale privée que je dirige avec le professeur *Socin*, auxquels viennent s'ajouter quelques observations prises dans ma clientèle particulière, représentent les matériaux ayant servi à la composition de cet ouvrage. J'ai dessiné moi-même chaque image au moment de l'examen endoscopique, et ces dessins sont la reproduction fidèle de la réalité; j'ai évité soigneusement toutes les retouches qui n'auraient eu pour but que de rendre les images plus distinctes et plus compréhensibles. Je me suis abstenu autant que possible d'employer la cocaine, afin de reproduire la muqueuse dans son état et sa couleur naturels; chez les malades particulièrement sensibles, il m'a suffi en général de cocaïniser la portion postérieure de l'urèthre. Je n'ai choisi parmi mes dessins que

ceux qui représentent clairement l'image typique des différentes affections, et laissé de côté tous les cas douteux ou indistincts. Une seule observation n'est pas de moi; elle provient d'un cas publié en 1886 par Nicoladoni.

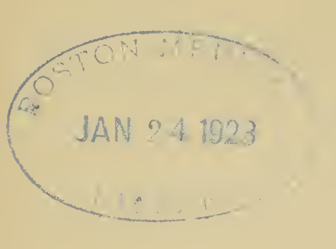
Je serais heureux si, en publiant cet atlas destiné à l'orientation de ceux qui voudraient s'occuper d'endoscopie, j'avais réussi atteindre le but que je me suis proposé.

Bâle, Janvier 1891.

L'auteur.

Table des matières.

Planche I.



Vessie normale.

A. Orifice de la vessie.

Fig. 1. Repli de la muqueuse immédiatement au-dessus de l'orifice de la vessie. Au-dessus apparaît une partie de la paroi antéro-supérieure de la vessie. (Cystoscope I.)

Fig. 2. Bas-fond de la vessie tout près de l'orifice. Au-dessus de la muqueuse d'un rouge vif de la partie antérieure du trigone, on voit une partie de la paroi postérieure de la vessie. (Cystoscope II.)

Fig. 3. Abords immédiats de l'orifice de la vessie. La muqueuse colorée en rouge touche immédiatement à l'orifice et pénètre directement dans l'urètre. L'orifice urétral est situé juste au-dessus du milieu de la périphérie supérieure du cercle. (Cystoscope III.)

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche II.

Vessie normale.

B. Parois de la vessie.

Fig. 4. Paroi antérieure supérieure; 2 bulles d'air dans l'intérieur de la vessie. (Cystoscope I.)

Fig. 5. Paroi postérieure. (Cystoscope II.)

Fig. 4



Fig. 5.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche III.

Vessie normale.

C. Orifice des uretères.

Fig. 6. Bourrelet et embouchure de l'uretère gauche, vu d'en haut et à distance. (Cystoscope I.)

Fig. 7. Bourrelet de l'uretère droit, vu de côté et de très près, orifice de l'uretère fermé. (Cystoscope I.)

Fig. 8. Bourrelet de l'uretère gauche. Vu de côté et de près au moment de la sécrétion urinaire. (Cystoscope I.)

Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.



E. B. del

Lith. Anst. v Werner & Winter, Frankfurt a/M

Planche IV.

Cystite.

A. Aiguë.

Fig. 9. Paroi antérieure supérieure de la vessie. Hémorrhagie récente de la muqueuse; on voit une goutte de sang au moment de se détacher. (Cystoscope I.)

H. de 22 ans. Cystite blennorrhagique aiguë datant de 8 jours. Traitement interne jusqu'à disparition des symptômes d'irritation, puis traitement local. (Irrigations antiseptiques et astringentes.) Guérison.

Fig. 10. Extravasations sanguines de la paroi antérieure de la vessie. Un lambeau de tissu nage librement dans la vessie, projetant son ombre sur la paroi vésicale. (Cystoscope I.)

H. de 26 ans. Cystite blennorrhagique aiguë, récidive datant de 3 semaines. Traitement interne, puis local. Guérison.

Fig. 11. Deux caillots de mucus à droite dans le bas-fond adhérents à la muqueuse, le bord libre flottant dans le liquide. La partie inférieure de l'image représente un repli de la muqueuse du bas-fond. (Cystoscope II.)

H. de 51 ans. Cystite aiguë vieille de trois semaines, produite par cathéterisme (pratiqué par un confrère) dans le traitement d'une stricture blennorrhagique de l'urètre. Urines muqueuses, fortement chargées de pus et de caillots muqueux. Traitement local. Dilatation. Guérison.

Pl. IV. Taf. IV.

Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche V.

Cystite.

A. Aiguë.

Fig. 12. Ulcère catarrhal de la face interne gauche de la vessie dans un cas de cystite subaiguë. (Cystoscope I.)

F. de 33 ans. Cystite vieille de 3 à 4 semaines sans provenance connue. Pas de bacilles tuberculeux. Traitement local. Guérison.

Fig. 13. Varice d'une veine de la paroi postérieure de la vessie, suite de cystite aiguë produite par cathéterisme. (Cystoscope II.)

H. de 23 ans. Sondé 8 jours auparavant pour une inflammation de la prostate. Depuis cystite intense. Urines troubles, sanguinolentes. Traitement local. Guérison.

Pl. V. *Taf. V.*

Fig. 12.



Fig. 13.



E. B. del. Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche VI.

Cystite.

B. Chronique.

Fig. 14. Paroi antérieure de la vessie avec réseau étendu de petits vaisseaux entremêlés de vaisseaux plus gros. (Cystoscope I.)

H. de 25 ans. Cystite chronique d'origine blennorrhagique vieille de 4 ans. Traitement local. Amélioration sensible.

Fig. 15. Paroi postérieure de la vessie avec de nombreux vaisseaux. Caillots de pus ou de mucus flottants librement et projetant leur ombre sur la muqueuse vésicale. (Cystoscope II.)

H. de 21 ans. Cystite blennorrhagique chronique existant depuis 4 mois. Traitement local. Guérison.

Fig. 16. Extravasation sanguine circonscrite à côté du bourrelet de l'uretère gauche. (Cystoscope I.)

H. de 35 ans. Cystite chronique d'origine inconnue remontant à environ 3 mois. Pas de bacilles tuberculeux. Traitement local. Guérison.

Pl. VI.

Taf. VI.

Fig 14.



Fig. 15.



Fig. 16.



E. B del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche VII.

Cystite du col.

Fig. 17. Muqueuse immédiatement au-dessus de l'orifice vésical. Dans les régions éloignées de l'orifice la muqueuse est à peu près normale, tandis qu'aux abords immédiats de celui-ci elle apparaît très rouge et fortement vascularisée. Les vaisseaux sont tous disposés en rayons convergeant vers l'orifice urétral. (Cystoscope III.)

H. de 22 ans. Cystite du col vieille de 10 jours survenue à la suite d'une blennorrhagie apparemment guérie. Traitement local. (Instillations de sol. conc. de nitrate d'argent.) Guérison.

Fig. 17.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt ᵃ/M.

Planche VIII.

Hypertrophie de la prostate et ses complications.

Fig. 18. Hypertrophie bilatérale considérable de la prostate; vessie à cellules. (Cystoscope II.)

H. de 72 ans. Dysurie depuis 3 ou 4 ans (mictions très fréquentes, petites portions). Prostate de la grosseur d'une pomme. Cystite chronique; urine résiduale 600—700 cent. cubes. Evacuations régulières avec lavages de la vessie. Massage de la prostate. Amélioration sensible.

Fig. 19. Hypertrophie de la prostate généralisée irrégulière. Lobe gauche proéminant à l'intérieur de la vessie avec ulcération de la muqueuse au point correspondant. Quelques caillots muqueux flottent dans le liquide. (Cystoscope I.)

H. de 61 ans. Dysurie depuis 1 année. Prostate de la grosseur d'un œuf de poule. Cathéterisme difficile. Urines troubles, sanguinolentes; urine résiduale 100—200 cent. cubes. Mort avec symptômes urémiques (dégénérescence des reins). L'examen cystoscopique fut confirmé à l'autopsie.

Fig. 20. Hypertrophie partielle de la prostate. Lobe moyen formant une saillie en languette dans l'intérieur de la vessie. (Cystoscope II.)

H. de 60 ans. Dysurie depuis 8 ans. La palpation rectale révèle une hypertrophie peu considérable de la prostate. Cystite chronique légère; urine résiduale 80—100 cent. cubes. Traitement local et massage. Amélioration.

Fig. 18.



Fig. 19.



Fig. 20.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche IX.

Hypertrophie de la prostate et ses complications.

Fig. 21. Type de vessie à cellules dans un cas d'hypertrophie bilatérale de la prostate arrivée à un haut degré. Paroi supérieure de la vessie. (Cystoscope Nr. 1.)

H. de 72 ans. Voir Pl. VIII. Fig. 18.

Fig. 22. Pli de la muqueuse à l'orifice de la vessie (circonférence supérieure de l'orifice) avec plusieurs bourrelets à la surface. Les faisceaux musculaires de la paroi antéro-supérieure effacés et peu distincts. (Cystoscope I.)

H. de 72 ans. Voir Fig. 21.

Fig. 23. Dilatation des vaisseaux de la vessie accompagnant une hypertrophie du lobe moyen de la prostate (Stase). Paroi gauche de la vessie avec orifice de l'uretère gauche. (Cystoscope I.)

H. de 60 ans. Voir Pl. VIII. Fig. 20.

Fig. 21.



Fig. 22.



Fig. 23.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche X.

Hypertrophie de la prostate et ses complications.

Fig. 24. Vessie à colonnes. Faisceaux musculaires puissants de la paroi postérieure. (Cystoscope II.)

H. de 65 ans. Dysurie depuis 4 ans. Hypertrophie irrégulière de la prostate, intéressant surtout le lobe gauche. Cystite chronique; urine résiduale 300 cent. cubes. Evacuations régulières avec lavages; massage de la prostate. Amélioration.

Fig. 25. Vessie à colonnes. Diverticulum de la paroi latérale de la vessie.

H. de 65 ans. Voir Fig. 24.

Pl. X.

Taf. X.

Fig. 24.



Fig. 25.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XI.

Tuberculose de la vessie.

Fig. 26. Cystite tuberculeuse. Période initiale. La muqueuse hyperémiée est parsemée de nombreuses ecchymoses punctiformes, dans le voisinage immédiat desquelles la muqueuse est rouge foncé. On voit en outre de nombreuses ramifications vasculaires. (Cystoscope I.)

H. de 37 ans. Cystite datant de 9 à 10 mois, faisant suite a une blennorrhagie chronique; pas de bacilles de la tuberculose ni de gonocoques. Traitement local (Lavages, injections de jodoforme) sans résultat. Le soupçon de cystite tuberculeuse fut confirmé par une tuberculose des testicules qui se manifesta 4 et 10 mois plus tard, et nécessita la castration double.

Fig. 27. Commencement d'ulcération dans la région du basfond dans un cas de cystite tuberculeuse. Hyperémie circonscrite de la muqueuse, avec destruction des tissus au milieu. (Cystoscope II.)

H. de 27 ans. Cystite vieille d'un an et demi, sans cause connue; bacilles de la tuberculose dans le sédiment des urines. Traitement local (Lavages. Injection de jodoforme, cautérisation) sans résultat. Le malade refuse la cystotomie. Non guéri.

Fig. 28. Ulcère profond circonscrit de la paroi antérieure dans le voisinage de l'orifice interne de l'urètre. (Cystoscope I.)

H. de 27 ans. Voir Fig. 27.

Fig 26.



Fig. 27.



Fig. 28.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XII.

Tuberculose de la vessie.

Fig. 29. Gros ulcère de la paroi antérieure s'étendant vers le sommet de la vessie couvert de lambeaux de tissu mortifié en partie flottant librement. (Cystoscope I.)

F. de 42 ans. Cystite de 2¹/4 ans; bacilles de la tuberculose dans l'urine. Traitement local sans résultat. Cystotomie suspubienne d'après Trendelenburg; Curettage et cautérisation au galvanocautère des deux ulcères existants (v. Fig. 32); suture primaire de la vessie, suture secondaire de l'abdomen. (Clinique privée du prof. Socin.) Amélioration passagère. Etat de la vessie à la sortie de la malade (v. Pl. XXIII., Fig. 56).

Fig. 30. Ulcère siègeant dans la région du trigone avec un caillot de sang adhérent et flottant. Sur la paroi postérieure, bourrelet de muqueuse faisant fortement saillie et donnant l'illusion de l'entrée d'un diverticulum. (Cystoscope II.)

H. de 36 ans. Cystite vieille de 9 mois, survenue sans cause connue; bacilles de la tuberculose dans l'urine. Depuis 7 à 8 mois tuberculose du testicule droit et de la prostate. Castration (Clinique chirurg. du Prof. Socin). Non guéri.

Fig. 29.



Fig. 30.



E. B. del.

Lith. Anst. v Werner & Winter, Frankfurt ª/M.

Planche XIII.

Tuberculose de la vessie.

Fig. 31. Gros ulcère de la paroi antérieure dans la région de l'orifice interne de l'urètre; cautérisation au nitrate d'argent. (Cystoscope I.)

H. de 30 ans. Cystite vieille de 3 mois, avec réaction violente; bacilles de la tuberculose dans le sédiment de l'urine. Traitement local sans résultat; une cystotomie (périnéale) suivie d'évidement (Clinique privée du prof. Socin) n'a pour résultat qu'une amélioration passagère.

Fig. 32. Ulcère de la paroi postérieure. Injections répétées d'émulsion de jodoforme; commencement d'incrustation. (Cystoscope II.)

F. de 42 ans. Voir Pl. XII. Fig. 29. La cystotomie qui suivit le traitement local permit de constater l'exactitude de l'examen cystoscopique.

Fig. 31.



Fig. 32.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XIV.

Tumeurs de la vessie.

Fig. 33. Petit papillome à côté de l'orifice de l'uretère droit; cystite chronique. (Cystoscope I.)

F. de 44 ans. (Clinique chirurg. du prof. Socin.) Hématurie périodique depuis 6 mois, durant quelquefois plusieurs jours et disparaissant toujours par le repos au lit et des lavages de la vessie. Affaiblissement général progressif. A part la constatation ci-dessus rien d'anormal dans la vessie. Mort 6 mois après. A l'autopsie (prof. M. Roth) on découvre un cancer encéphaloide du rein droit. L'autopsie confirme le résultat de l'examen cystoscopique.

Fig. 34. Papillome muqueux situé dans la partie droite du bas-fond. (Cystoscope II.)

H. de 54 ans. Première hémorrhagie vésicale 4—5 mois auparavant après une course de montagne; 5 semaines avant l'examen, également après une longue marche, seconde et dernière hémorrhagie. L'hématurie dure chaque fois 3—4 jours. Le repos et une médication interne suffisent pour que l'urine reprenne son aspect normal. Basé sur le résultat de l'examen cystoscopique, je propose la cystotomie.

Fig. 35. La même tumeur que celle de Fig. 34, vue d'en haut. (Cystoscope I.)

Fig. 33.



Fig. 34.



Fig. 35.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XV.

Tumeurs de la vessie.

Fig. 36. Deux papillomes villeux siégeant à la partie supérieure gauche du repli muqueux entourant l'orifice vésical; le bord libre est transparent, les vaisseaux centraux très distincts. La paroi de la vessie a une structure cellulaire; léger diverticule du côté droit. (Cystoscope I.)

H. de 51 ans. Cystite accompagnant un rétrécissement de l'urètre d'origine blennorrhagique. Après guérison, avant de licencier le malade je pratique l'examen cystoscopique et constate l'état ci-dessus.

Fig. 37. Fibrome papilliforme volumineux siégeant à la partie droite du bas-fond. La surface de la tumeur est recouverte d'excroissances villeuses. (Cystoscope I.)

H. de 31 ans. Depuis 4 mois Dysurie: ténesme, jet d'urine interrompu, de temps en temps hématurie. Cystotomie suspubienne d'après Trendelenburg (clinique chirurg. du prof. Socin); ablation du pédoncule avec le thermocautère. Par suite d'une hémorrhagie abondante, on est obligé de rouvrir la suture primaire de la vessie; tamponnement et traitement de la base du pédoncule au galvanocautère. Réunion de la plaie de la vessie. Guérison sans réaction. A la sortie, 67 jours après l'opération on constate l'état suivant de la vessie: Cicatrice jaune-clair égale et unie du bas-fond. La muqueuse avoisinante normale sauf plusieurs replis proéminents se dirigeant vers la cicatrice (rétraction cicatricielle). La paroi antérieure normale sauf une cicatrice linéaire blanc-jaunâtre. L'examen histologique de la tumeur (prof. M. Roth) révèle un fibrome papilliforme; la base de la tumeur est formée de tissu conjonctif et de quelques faisceaux musculaires lisses.

Fig. 38. Carcinome de la paroi vésicale dans la région de l'orifice interne de l'urètre. (Cystoscope I.)

H. de 61 ans. Dysurie depuis 1¹/₂ an: Cystite avec exacerbations temporaires, ténesme violent, hématurie, évacuations de lambeaux de tissus mortifiés. Prostate très dure, bosselée, environ de la grosseur d'une pomme. Glandes lymphatiques inguinales tuméfiées, dures. Cas inopérable.

Fig. 36.



Fig. 37.



Fig. 38.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XVI.

Concrétions de la vessie.

Fig. 39. Gros calcul urique. (Cystoscope I.)

H. de 66 ans. Depuis environ 1 an symptômes de calculs. Cystite chronique, parfois hématurie. Litholapaxie. (Clinique privée du prof. Socin); les débris séchés atteignent un poids de 28,0 gr. Guérison.

Fig. 40. Le même calcul que celui de la Fig. 39 vu à travers le cystoscope II. Ensuite d'une hypertrophie bilatérale de la prostate, les plis de la muqueuse limitant l'orifice interne de l'urètre font fortement saillie dans le champ visuel.

Fig. 41. Calcul phosphatique. (Cystoscope I.)

H. de 57 ans. Depuis 6 à 8 semaines symptômes de calculs; cependant on n'arrive pas à le sentir malgré des sondages répétés. On ne parvient à poser le diagnostic avec certitude qu'au moyen de l'examen cystoscopique. Litholapaxie; les débris pèsent 5,0 gr. Guérison.

Fig. 39.



Fig. 40.



Fig. 41.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XVII.

Concrétions de la vessie.

Fig. 42. Deux calculs uriques de grandeur moyenne. (Cystoscope I.)

H. de 68 ans. Symptômes de calculs depuis 9 mois. Légère cystite. Litholapaxie; les débris séchés pèsent 15,0 gr. Guérison.

Fig. 43. Calculs uriques multiples de petite taille. (Cystoscope I.)

H. de 58 ans. Symptômes de calculs depuis environ 4 ans. Cystite chronique, parfois hématurie. Litholapaxie; les débris pèsent (séchés) 17,5 gr. Guérison.

Fig. 42.



Fig. 43.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XVIII.

Concrétions de la vessie.

Fig. 44. Incrustation phosphatique de la paroi gauche de la vessie, fortement adhérente, dans un cas grave de cystite chronique et de vessie à cellules. (Cystoscope I.)

H. de 68 ans. Depuis 4 ans paralysie de la vessie; évacuation de l'urine impossible autrement que par cathéterisme, cystite chronique avec exacerbations temporaires et urines amoniacales. Depuis 6 semaines symptômes de calculs. Litholapaxie; les débris séchés pèsent 4,0 gr. Guérison. Après deux mois nouvel examen; on constate l'état ci-dessus. On enlève l'incrustation avec le lithotriteur. Guérison définitive.

Fig. 45. Fragment de l'enveloppe d'un calcul urique resté après litholapaxie; au-dessus un caillot muqueux contenant des débris de pierre. (Cystoscope I.)

H. de 66 ans. Voir Pl. XVI. Fig. 39 et 40. Le fragment est extrait à l'aide du lithotriteur à cuiller. Guérison définitive.

Fig. 44.



Fig. 45.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XIX.

Corps étrangers de la vessie.

Fig. 46. Deux boulettes de cire flottant librement dans la vessie. Vessie à cellules. (Cystoscope I.)

H. de 63 ans. Uréthrite provoquée par un sondage, après la dilatation d'une stricture blennorrhagique très étroite et rigide. Introduction de suppositoires astringents. Peu de temps après troubles de la miction: jet interrompu, évacuations incomplètes. Diagnostic posé à l'aide du cystoscope. Ecrasement des corps étrangers avec le lithotriteur, injection de solution borique chaude. Aspiration des fragments amollis. Guérison.

Fig. 47. Boulette de cire adhérente entre les faisceaux de la paroi postérieure de la vessie. (Cystoscope II.)

H. de 63 ans. V. Fig. 46.

Fig. 46.



Fig 47.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M

Planche XX.

Corps étrangers de la vessie.

Fig. 48. Bougie élastique dans la vessie. Sur la paroi de la vessie on aperçoit l'ombre de la bougie. A son extrémité inférieure flotte un caillot de sang. (Cystoscope I.)

H. de 60 ans. Dans un sondage maladroit une bougie No. 22 (Charrière) de 30 cm. de long échappe et pénètre dans la vessie. Détermination de sa position à l'aide du cystoscope. Extraction par les voies naturelles avec l'instrûment de Robert-Colin. Guérison.

Fig. 49. Epingle fixée dans la paroi antérieure de la vessie près du sommet (d'après Nicoladoni*).

H. de 18 ans. Pénétration dans la vessie d'une épingle de moyenne grandeur, la tête en avant. Diagnostic 9 jours après à l'aide du cystoscope. Taille; extraction. Guérison.

*) Nicoladoni. Stecknadel in der männlichen Harnblase. Wiener medic. Wochenschrift. 1886. No. 7.

Fig. 48.

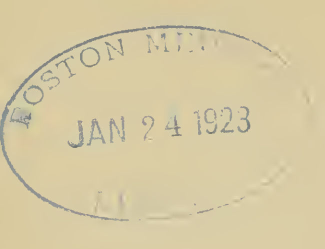


Fig. 49.



E. B. del. Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XXI.



Blessures et fistules de la vessie.

Fig. 50. Hémorrhagie légère produite par une plaie superficielle, suite de cathéterisme, siégeant au pli de la muqueuse à l'orifice vésical. (Cystoscope I.)

Fig. 51. Caillot sanguin adhérent par la base à la muqueuse, le reste flottant librement et donnant l'illusion d'une tumeur pédonculée. L'hémorrhagie est le fait d'une plaie de l'orifice vésical produite par l'introduction d'un cathéter en métal. (Cystoscope II.)

Fig. 50.



Fig. 51.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XXII.

Blessures et fistules de la vessie.

Fig. 52. Errosion superficielle de la muqueuse de la paroi droite de la vessie, à la suite d'une litholapaxie. (Cystoscope I.)

H. de 70 ans. Symptômes de pierre depuis environ 4 ans; Cystite légère. Litholapaxie; les débris du calcul urique séchés pèsent 15,0 gr. Guérison. Etat ci-dessus constaté 14 jours après l'opération.

Fig. 53. Repli de la muqueuse de la paroi gauche fortement étranglé après une litholapaxie. Les étranglements correspondant aux dents du lithotriteur facilement reconnaissables. (Cystoscope I.)

H. de 66 ans. Voir Pl. XVI., Fig. 39 et 40. Etat ci-dessus 10 jours après l'opération.

Fig. 54. Repli pédonculé de la muqueuse du bas-fond, saisie à cet endroit par le lithotriteur. A l'extrémité antérieure de la tumeur siège un caillot sanguin de couleur brune. (Cystoscope II.)

H. de 66 ans. Voir Pl. XVI., Fig. 39 et 40. 14 jours après la litholapaxie on extrait au moyen du lithotriteur à cuiller un fragment oublié, dont on ne put constater la présence qu'à l'aide du cystoscope. Extraction très difficile. 4 jours plus tard on constate l'état actuel.

Fig. 52.



Fig. 53.



Fig. 54.



E. B. del.

lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XXIII.

Blessures et fistules de la vessie.

Fig. 55. Fistule vesico-abdominale après cystotomie et prostatectomie. Un lambeau de tissu mortifié flottant par son bout libre, adhère à la fistule à travers laquelle on a introduit une sonde de l'extérieur. (Cystoscope I.)

H. de 60 ans. Haut degré d'hypertrophie de la prostate avec lobe moyen empêchant la miction. Cystotomie suspubienne d'après Trendelenburg. Résection du lobe moyen (clinique chirurg. du prof. Socin). Guérison avec formation d'une fistule urinaire dans la paroi abdominale antérieure. Etat ci-dessus trois mois après l'opération. L'occlusion définitive de la fistule se produit après plusieurs cautérisations au bout d'un an.

Fig. 56. Cicatrice de la paroi antérieure de la vessie après cystotomie. Sur le fond jaune-clair de la muqueuse entourant la cicatrice plane et blanche on voit se détacher quelques vaisseaux rayonnant vers la cicatrice. (Cystoscope I.)

F. de 42 ans. Cystotomie suspubienne à cause d'un ulcère tuberculeux (voir Pl. XII., Fig. 29). Guérison sans réaction de la plaie opératoire. Etat ci-dessus 3 mois après l'opération.

Fig. 55.



Fig. 56.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

Planche XXIV.

Maladies des reins et des uretères.

Fig. 57. Pyélite tuberculeuse. L'urine s'écoulant de l'uretère gauche est trouble, mélangé de particules opaques d'un blanc-jaunâtre. (Cystoscope I.)

H. de 33 ans. Pyelo-cystite datant de deux ans; traitement interne et local sans résultat. Un an avant l'examen commencement de tuberculose du testicule; castration double (faite ailleurs) il y a 8 mois. Depuis un an environ douleurs dans le dos localisées principalement à gauche. Dans l'urine de nombreux bacilles de la tuberculose. La muqueuse vésicale présente deux ulcérations superficielles. Non guéri. — Pendant le traitement à la tuberculine institué plus tard, l'état des ulcères de la vessie reste sans changement.

Fig. 57.



E. B. del.

Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a/M.

